

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

EDNA NÓBREGA DE QUEIROZ SOUSA

**INSERÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM DISPOSITIVOS DA
REDE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

João Pessoa – PB
2015

EDNA NÓBREGA DE QUEIROZ SOUSA

**INSERÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM DISPOSITIVOS DA REDE
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba-UEPB como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. Esp. Luciano Belas e Silva Filho.

Co-orientadora: Prof.^a M.^a Bárbara Iansã de Lima Barroso.

S725i Sousa, Edna Nóbrega de Queiroz.

Inserção do terapeuta ocupacional em dispositivos da rede de saúde no município de João Pessoa / Edna Nóbrega de Queiroz Sousa. - - João Pessoa: [s.n.], 2015.

60f.

Orientador: Luciano Belas e Silva Filho.

Co-orientadora: Bárbara Iansã de Lima Barroso.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Gestor de saúde. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Serviços de saúde – Terapia Ocupacional.

BS/CCS/UFPB

CDU: 613(043.2)

EDNA NÓBREGA DE QUEIROZ SOUSA

INSERÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM DISPOSITIVOS DA REDE
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba-UEPB como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. Esp. Luciano Belas e Silva Filho.

Co-orientadora: Prof.^a M.^a Bárbara Iansã de Lima Barroso.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Luciano Belas e Silva Filho
Orientador - UFPB

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Mont'Alverne de Barros
Examinador - UFPB

Esp. Leiliane Helena Gomes
Examinador - CREFITO

João Pessoa – PB
2015

Dedico este trabalho a “DEUS”, fonte de vida, refúgio nas horas difíceis e refrigério para minha alma; a minha “FAMÍLIA”, (esposo e filhas), que além do incentivo e da credibilidade que em mim depositou, é alimento que faz feliz a minha existência e de onde extraio inspiração para concretização das minhas obras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A “Deus”, por iluminar meus caminhos e dar sentido a minha vida, proporcionando discernimento para escolher fazer parte dela pessoas interessantes, que me proporcionam grandes conhecimentos e verdadeiras amizades;

Aos meus pais Francisco e Elsa, presentes em minha vida por pouco tempo, mas que tiveram a responsabilidade e carinho para me conduzir aos caminhos corretos, transmitindo os ensinamentos da educação, tesouro que até hoje faz parte do meu ser;

Ao meu cunhado Ivaldo, agora no mundo espiritual, por ter sido um grande incentivador na realização desse curso;

Às minhas filhas Ingrid e Helen, incentivadoras do meu sonho, pelo amor incondicional, respeito, apoio e acima de tudo pela compreensão, as duas exemplos de educação a serem seguidos;

Ao meu esposo Adezildo, pelo amor, dedicação, paciência, carinho, apoio, estrutura, enfim pela compreensão nas ausências e nos descumprimentos de alguns planos sonhados juntos para que eu pudesse realizar mais este sonho, sem isso tudo teria sido muito difícil;

Aos colegas do curso pelos momentos que passamos juntos, pelo aprendizado em conjunto, convivência saudável, lutas, conquistas e lágrimas que produziram amadurecimento e, sobretudo pela paciência e por terem sido para mim durante esses quatro anos uma segunda família;

Às colegas Larissa e Elaine, pelo companheirismo, fidelidade, paciência, cumplicidade, risadas, “carões”, cochilos e tantas outras características que só existem nas relações verdadeiras;

A Adriano, pelas contribuições para nossos estudos através de seu trabalho;

A todos os professores do curso pela dedicação, empenho e grandes ensinamentos que me proporcionarão exercer a profissão com muita dignidade;

Às professoras Andreza e Letícia, também responsáveis pela concretização deste sonho, quando acreditaram em mim e me proporcionaram a possibilidade de

fazer parte do corpo discente da Universidade Federal da Paraíba, pessoas a quem prometi representar muito bem esta instituição;

Aos coordenadores participantes da pesquisa sem os quais este trabalho não teria se concretizado, pela receptividade, pelo desprendimento, pelas palavras sinceras, e pela brilhante contribuição para a construção desse trabalho;

À professora Márcia Mont'Alverne por compartilhar seus ensinamentos e pela atenção e disponibilidade de ler, avaliar e contribuir para realização deste trabalho;

À representante do Crefito, pela disponibilidade em participar da banca examinadora e contribuir com seus conhecimentos;

Ao respeitado e admirado professor e orientador Luciano Belas e Silva Filho, pessoa de caráter irretocável e madura que Deus colocou no meu caminho com muita luz para fazer brilhar as minhas obras. Agradeço tudo o que fez por mim, pelos ensinamentos, pelas horas dedicadas, pela demonstração de reconhecimento do meu potencial, pela ajuda quando conseguiu arrancar de mim as travas da insegurança e timidez que poderiam me impedir de atuar, pelo ânimo, estímulo, lições e esforços que guardarei para sempre e que me ajudarão a ser uma profissional habilitada.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

A Terapia Ocupacional teve seu reconhecimento através do Decreto Lei n. 938/1969. Na Paraíba vislumbrou seu primeiro curso através da Resolução nº 12/ 2009, iniciando as atividades em 2010 com a proposta de formar profissionais generalistas para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS). O terapeuta ocupacional é um profissional apto a atribuir diagnóstico de desempenho ocupacional e intervir para tratar limitações com objetivo de atingir o maior nível possível de autonomia e independência do indivíduo. Em João Pessoa sua inserção na política pública de saúde está acontecendo de forma morosa, porém progressiva. O desconhecimento e a incompreensão acerca da profissão coíbem a constituição de equipes de trabalho que contemplem o terapeuta ocupacional como parte integrante desses espaços. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos coordenadores das políticas públicas de saúde de João Pessoa quanto à necessidade de inserção do terapeuta ocupacional nos dispositivos da rede de saúde do município. Através de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, participaram da pesquisa os coordenadores das políticas públicas de saúde do município, pela relevância das suas contribuições, significativas e adequadas ao delineamento do objeto em compreensão. Foram entrevistados oito coordenadores das áreas técnicas da saúde que dão suporte ao funcionamento da rede local. Foi adotada a entrevista do tipo semiestruturada, que permitiu revelar aspectos importantes para a coleta dos dados. O material obtido foi categorizado e interpretado em conformidade com o referencial teórico adotado, a Análise de Conteúdo segundo Minayo. Esta permitiu o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, interligou o que foi divulgado com o referencial teórico metodológico e possibilitou que as diferentes categorias, depois de construídas, apresentadas, analisadas e discutidas tivessem suas dimensões confrontadas, e, frente à variedade de respostas obtidas à questão norteadora, foi admitida a identificação de dez núcleos temáticos. No que concerne aos resultados e discussão dos achados, ficou notabilizado que os coordenadores da pesquisa entendem que o processo de inserção do terapeuta ocupacional enfrenta muitas dificuldades pertinentes ao funcionamento da política e ao reconhecimento da profissão, e que devem reivindicar sua inserção nos serviços da rede de saúde do município através de ações locais e de mobilização da categoria com o apoio do conselho da classe e da instituição de ensino. Não obstante a dificuldade em compreender as atribuições do terapeuta ocupacional, para alguns coordenadores ficou perceptível que na sua área técnica há usuários com alterações no desempenho ocupacional, entendendo principalmente que este profissional pode atuar nestas áreas, visto que seu campo de atuação é amplo e praticamente ele atua em todas as especificidades. Portanto, o estudo evidencia a relevância da necessidade de inserção do terapeuta ocupacional na política pública de saúde do município de João Pessoa e a percepção dos coordenadores de saúde sobre o profissional terapeuta ocupacional.

Palavras-chave: Gestor de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Serviços de Saúde Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The Occupational Therapy had its recognition through the Decree Law n. 938/1969. In Paraíba the first course emerged with the Resolution n. 12/2009, starting its activities in 2010 with the proposal to form generalist professionals to work for Unified Health System (UHS) and Unified Social Assistance System (USAS). The occupational therapist is a professional able to assign diagnosis of occupational performance and intervene to treat limitations in order to achieve the highest possible level of autonomy and independence of the individual. In João Pessoa the inclusion of the professional in public health policy is taking place too slowly, but progressively. The unknowing and incomprehension of the profession have restrained the formation of working teams that include the occupational therapist as an integral part of these spaces. This study aimed to analyze the perception of the coordinators of public health policies from João Pessoa concerning to insertion of the occupational therapist in the municipal health network devices. Coordinators of public policies on municipal health, due to the relevance of their contributions, meaningful and appropriate to the delineation of the subject under discussion, participated in this research through a descriptive exploratory study of qualitative approach. Eight coordinators of the technical health areas, which support the operation of the local network, were interviewed. The type semi-structured interview was adopted, allowing reveals important aspects for data collection. The obtained material was categorized and interpreted on the basis of theoretical referential adopted, the so-called Content Analysis, according to Minayo. This analysis enabled the cross check between different information gathered and has linked what was unveiled with the methodological theoretical referential. It also made possible that the different categories, after constructed, presented, analyzed and discussed had their dimensions confronted, and, in the face of variety of responses from the guiding question, was admitted the identification of ten thematic nuclei. Regarding the results and discussion of the findings, evidenced that research participants understand that the insertion process of the occupational therapist faces many difficulties relevant to the operation of the policy and the recognition of the profession, and they should claim their inclusion in the network services municipal health through local actions and mobilization of the category with the support of the grade council and the educational institution. Despite the difficulty in understanding the powers of occupational therapist, for some participants it was noticeable that in his technical area there are users with changes in occupational performance, mainly understanding that these professionals can operate in these areas, since their performing area is large and it operates in virtually all specificities. Therefore, the study evidences the importance of the necessary insertion of occupational therapist in the public health policy of João Pessoa city and the health coordinators perception about the occupational therapist professional.

Keywords: Health Manager, Health Public Policy, Health Services, Occupational Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATO – Associação Brasileira de Terapia Ocupacional

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AOTA – Associação Americana de Terapia Ocupacional

ATOB – Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil

AVD – Atividades de Vida Diária

CAEHH – Centro de Atividades Especiais Helena Holanda

CAISI – Centro de Atenção Integrado à Saúde do Idoso

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CONSEPE – Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão

CONSUNI – Conselho Universitário

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRMIPD – Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoa com Deficiência

DS – Distritos Sanitários

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNAD – Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MEC – Ministério da Educação e Cultura

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMJP – Prefeitura Municipal de João Pessoa

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

WFOT – World Federation of Occupational Therapists/ Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Histórico e fundamentação | 12 |
| 1.2 Campo de atuação da Terapia Ocupacional | 16 |
| 1.3 Terapia Ocupacional na Paraíba..... | 18 |
| 1.4 Justificativa e relevância | 20 |
| 2. OBJETIVOS | 21 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 21 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 21 |
| 3. METODOLOGIA..... | 22 |
| 3.1 Natureza e tipo de estudo..... | 22 |
| 3.2 Cenário da pesquisa | 23 |
| 3.3 Participantes da pesquisa | 24 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados | 26 |
| 3.5 Aspectos éticos..... | 28 |
| 3.6 Apresentação e discussão dos achados | 29 |
| 3.7 Riscos | 31 |
| 3.8 Benefícios | 31 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 32 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| 6. REFERÊNCIAS | 55 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico e fundamentação

O uso da ocupação como um recurso benéfico para a saúde data da antiguidade. Desde as clássicas civilizações, em que gregos, romanos e egípcios se utilizavam de jogos, músicas e exercícios físicos, que a ocupação era vista como tratamento para a alma e para o corpo (FRANCISCO, 2008).

De Carlo e Bartallotti (2001), declaram que essas civilizações acreditavam que os trabalhos, os exercícios, as artes e artesanatos tinham poder curativo para aqueles que estivessem possuídos pelo demônio, e que por esse motivo eram oferecidas a essas pessoas ocupações com intuito de preservar a tranquilidade do ambiente e favorecer o contato entre deuses.

Dessa forma, observa-se que o uso de atividades, sejam elas expressivas, artísticas, artesanais ou outras, atuam como recurso terapêutico, o qual opera como um componente capaz de auxiliar no comportamento das pessoas, trazendo benefícios e mudanças, configurando-se como coadjuvante às medicações.

Outra função importante diz respeito ao fato de que, exercer um papel social através das ocupações, seja em ambientes físicos, sociais e/ou culturais é fundamental para a vida de um indivíduo, pois todas as pessoas têm ocupações as mais diversas, desde as mais simples, como o próprio autocuidado, até as mais complexas, como exercer uma profissão.

Todavia, o uso das ocupações destacou-se mais no final e início dos séculos XVIII e XIX respectivamente, quando o francês Philippe Pinel, em 1791, foi pioneiro em utilizá-la como tratamento para a saúde dos doentes (FRANCISCO, 2008).

Guerra (2004), atesta que Pinel foi um dos precursores do tratamento moral e que o próprio reorganizou o espaço hospitalar classificando os doentes mentais e separando-os de acordo com a origem da doença. Na sua forma de tratar ele fazia uso do trabalho, porém as atividades não objetivavam a autonomia dos indivíduos. Os trabalhos eram considerados monótonos com o fim de entreter e alienar como método para dominar seus impulsos e adestrá-los.

Convém chamar atenção para o fato de que, apesar das mudanças na forma de tratamento dos doentes mentais, havia uma contradição, pois os médicos

buscavam a cura apenas mudando a forma de opressão, que passou a ser psicológica. Os pacientes continuaram vítimas da exclusão social, alienados e trancados em tempo integral nos hospitais, distantes de seus familiares e do convívio com a sociedade da qual faziam parte.

Para outros estudiosos, as atividades, além de mantê-los ocupados, planejavam manter o funcionamento dos hospitais com a mão de obra dos internos, que não era remunerada (VALLADARES *et al*, 2003).

Além das funções citadas, esses trabalhos tinham outra utilidade: a reeducação moral com a visão de reajustar os enclausurados às regras sociais. Nesse intuito, confinava-se além do corpo, a subjetividade e a habilidade criativa dos indivíduos. Era o restringimento do campo existencial; uma forma de repressão através da subordinação e eficiência (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para Pádua e Moraes (2010), esse tipo de intervenção, fundamentada no treinamento e na obediência, era considerada também uma forma de repressão social, já que, hipoteticamente havia uma intrínseca relação entre loucura e periculosidade revelada pela Psiquiatria.

Naquela época, a atenção era totalmente voltada para a doença e as internações em hospitais psiquiátricos eram permitidas e aceitas livremente, já que, esses eram os locais onde essas pessoas podiam permanecer por longos períodos e assim serem afastadas do convívio em sociedade. O tratamento era rigoroso e desumano, mas, com o aval da sociedade e da família, que sentiam medo e vergonha de seus entes.

Amarante (2003, p.45) afirma que “nessa época o manicômio torna-se a expressão deste modelo que se sustenta na sujeição e na vigilância panóptica, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, da punição corretiva, do trabalho terapêutico, na custódia e interdição”.

O modelo assistencial psiquiátrico tinha relações com o campo jurídico político e considerava o doente mental como irracional, sem responsabilidade civil e incapaz de articular trocas sociais e simbólicas. Assim, através do trabalho alienado, da excessiva medicalização e de um tratamento baseado em uma relação hierárquica vertical, em que o médico era o profissional central, mantinha-se a ordem, a tranquilidade e os loucos não incomodavam a sociedade (AMARANTE, 2003).

Isto posto, pode-se entender que para a sociedade daquela época a principal razão para que as pessoas com transtornos mentais não fossem inseridas no meio social era por não se adequarem às regras sociais impostas pela própria sociedade.

No entanto, voltando ao uso das ocupações, Magalhães (2013) citando Wilcock (2007), sustenta que, havendo íntima relação entre significado, fazer, ser, transformação e saúde, é justificável uma análise e intervenção a partir de uma ocupação habilitada como condição para a inclusão social, bem-estar e saúde. Não obstante, nessa perspectiva nem todas as ocupações seriam benéficas à saúde, apenas as que possuíssem significado para o indivíduo e a comunidade.

Desse modo, observa-se que mesmo se utilizando das ocupações, no tratamento moral não havia uma preocupação com a identificação do indivíduo para com a atividade que iria realizar. As ocupações eram determinadas pelos médicos e o paciente, em sua “passividade”, deveria apenas executá-las. Porém, o uso das ocupações deve estar embasado no conhecimento do repertório ocupacional do indivíduo, para que através do significado que a atividade tenha para este, ele possa se engajar e realizá-la satisfatoriamente.

Apesar do tratamento moral bem difundido pela Europa e América, nascia em outro contexto o positivismo, ainda no século XIX, e os doentes passaram a ser tratados por meios quimioterápicos, trocando os valores humanos pelos científicos. Isso durou até o início do século XX (FRANCISCO, 2008).

A primeira guerra mundial em 1914 teve grande influência no surgimento da Terapia Ocupacional, isso devido às exigências dos veteranos da guerra por mais autonomia financeira e valorização social e pela absorção dos incapacitados no mercado de trabalho (SOARES, 2011).

Segundo Drummond (2011, p.10) “[...] a profissão surgiu no exterior, no início do século XX com o objetivo de ensinar novos ofícios a soldados mutilados em decorrência da Primeira Guerra Mundial”. Com uma atribuição específica, a Terapia Ocupacional tomou seu rumo. Na perspectiva de De Carlo e Bartalotti (2001, p.26) a Terapia Ocupacional alcança muitas especificidades desde o seu surgimento:

[...] a profissão de Terapia Ocupacional, que surgiu na segunda década do século XX, resultou da compartimentalização do conhecimento, com a consequente especialização do trabalho, e seu alcance profissional continua, em grande medida, variando segundo o campo médico ao qual está associada (ortopedia, neurologia, geriatria, psiquiatria etc.).

Em 1915 foi publicado um manual de Terapia Ocupacional para enfermeiras pelo psiquiatra William Rusch Dunton, que indicava a aplicação da ocupação no tratamento dos doentes mentais. A partir daí surge na América o termo Terapia Ocupacional e a primeira escola dentro de uma instituição acadêmica para formação profissional (FRANCISCO, 2008).

Como profissão, a Terapia Ocupacional institucionalizou-se através de seus cursos de formação e de uma legislação específica, pelos anos de 1906 a 1938 nos Estados Unidos. Criou-se um Conselho de Ética e a organização da categoria em 1917 pela Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional, que veio a se chamar posteriormente Associação Americana de Terapia Ocupacional, AOTA, permanecendo até os dias atuais (SOARES, 2011).

Drummond (2011, p.11) afirma que “a análise dos papéis exercidos pelos indivíduos nas atividades de vida diária, no trabalho/atividades produtivas, no brincar e no lazer passou a ser um dos focos principais da profissão nos Estados Unidos”. Assim, sendo a Terapia Ocupacional uma profissão que visa à inclusão social, a intervenção deve contemplar o contexto ao qual o paciente está inserido, considerando os papéis exercidos por ele no seu cotidiano, identificando sinais e sintomas por meio do fazer humano, minimizando as dificuldades e/ou constatando outras formas de suprir as suas necessidades.

No Brasil, o tratamento moral e pelo trabalho, precursores da Terapia Ocupacional, foram trazidos pelos portugueses na segunda metade do século XIX, que segundo De Carlo e Bartalotti (2001), usando as ocupações como forma de tratamento, deram impulso à reestruturação psiquiátrica. Inclusive, elucidando as autoras, a utilização do trabalho como forma de tratamento no Brasil teve seu início com a fundação do Hospício D. Pedro II em 1852.

Anos depois, entre 1948 e 1980 a profissão se institucionalizou no país. Similarmente destaca-se como contribuição para a criação da Terapia Ocupacional no Brasil a psiquiatra Nise da Silveira, que ministrava cursos de treinamento em saúde mental e reabilitação física. Em 1961 o curso universitário de Terapia Ocupacional foi instituído inicialmente com duração de três anos pela Lei do Currículo Mínimo (SOARES, 2011).

Para De Carlo e Bartalotti (2001), no Brasil grande impulso foi dado à Terapia Ocupacional pelos estudos da terapeuta ocupacional Maria José Benetton – que se dedica, desde a década de 1970, ao desenvolvimento de uma abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, e pelo médico Luiz Cerqueira – um dos primeiros defensores da necessidade de modernização da assistência psiquiátrica, pela criação de serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Atualmente o curso tem duração mínima de quatro anos e máxima de seis. Seu reconhecimento como profissão deu-se em 1969, através do Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969, que provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. No que se refere ao terapeuta ocupacional o decreto nos seus artigos 1º, 2º, e 4º revela que:

Art. 1º É assegurado o exercício das profissões de [...] terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente. Art. 2º O [...] terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior. Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente (BRASIL, 1969).

Nessa mesma época, em 1964 foi criada uma Associação para sua regulamentação, a ATOB, que funcionou até 1985. Em 1994 foi organizada uma nova entidade nacional, a Associação Brasileira de Terapia Ocupacional – ABRATO que atualmente está em pleno funcionamento. A profissão tem como órgão regulamentador nacional o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, que se organizou em unidades regionais chamadas CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (SOARES, 2011).

1.2 Campo de atuação da Terapia Ocupacional

É conveniente, antes de discorrer sobre o campo de trabalho da Terapia Ocupacional, apresentar sua definição segundo a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT:

Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde centrada no cliente preocupada com a promoção da saúde e bem-estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é capacitar as pessoas para participar das atividades da vida diária. Os terapeutas ocupacionais

alcançam este resultado, trabalhando com pessoas e comunidades para melhorar a sua capacidade de exercer as profissões que eles querem, precisam, ou são esperados para fazer, ou modificando a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar o seu envolvimento no trabalho (WFOT, 2012).

No tocante ao seu campo de atuação a Terapia Ocupacional é uma profissão que tem sua prática nas áreas da saúde e social. Para Soares (2011, p. 3) esse exercício prático, em qualquer uma dessas áreas, tem como um dos objetos mais significativos da profissão o fazer humano, conforme referenciado:

[...] por objetivo da profissão entendem-se as metas ou resultados que se desejam alcançar a partir da intervenção profissional, como melhorar o desempenho, ampliar a autonomia da pessoa, superar déficits ou traumas ou garantir uma inserção na comunidade. [...] Na Terapia Ocupacional, a ação, o fazer humano, o cotidiano têm sido definidos como objeto da profissão.

De acordo com a AOTA (2015, p.4), a Terapia Ocupacional é fundamentada na compreensão de que “o envolvimento ativo em ocupações promove, facilita, apoia e mantém a saúde e a participação”. Sendo assim sua atuação dar-se em qualquer um dos níveis da saúde, baixa, média e alta complexidade, e com qualquer indivíduo, independente da idade e/ou gênero, desde que tenha demandas específicas para a Terapia Ocupacional.

O terapeuta ocupacional atende pessoas, grupos e/ou organizações que estejam com suas áreas de ocupação afetadas por desordens físicas, mentais, sociais e/ou psíquicas, acarretando em consequências que provocam seu afastamento das áreas de ocupações, sendo estas as atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), descanso e sono, educação, trabalho, brincar, participação social e lazer (AOTA, 2015).

O indivíduo que experimenta interferências em seu desempenho decorrente de um processo de adoecimento se beneficiará com o tratamento terapêutico ocupacional, em que o profissional, fazendo uso da intervenção, propõe um plano de tratamento em que os objetivos e metas traçadas sejam passíveis de se alcançar como resultado (HOLM; ROGERS; JAMES, 2010).

No âmbito social o terapeuta ocupacional atua prestando assistência às pessoas que estão em situação de vulnerabilidade e risco social, que tiveram seus direitos ameaçados e/ou violados, que sofreram ameaças e/ou violência, e que

tiveram os vínculos familiares e comunitários rompidos, procurando intervir com o indivíduo de forma que este possa tomar empoderamento e se fortaleça para ações de enfrentamento para direitos que lhe foram violados (COFFITO, 2010).

1.3 Terapia Ocupacional na Paraíba

Na Paraíba, a Terapia Ocupacional vislumbrou seu primeiro curso no estado através da Resolução nº 12/2009, que autorizou a criação do Curso de Terapia Ocupacional, modalidade Bacharelado, do Centro de Ciências da Saúde, Campus I, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB; CONSUNI), que funciona na capital, João Pessoa.

O curso iniciou suas atividades em agosto de 2010 com a proposta de formar profissionais generalistas para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS). O perfil do egresso está pautado nas práticas em saúde pública e assistência social, sendo o estudante inserido desde os primeiros períodos na rede de saúde e da assistência do município de João Pessoa e região metropolitana (ARAÚJO; GOMES; SILVA, 2013).

Na área de saúde, o curso abrange além de aulas teóricas, atividades práticas e estágios supervisionados em vários serviços e setores do município. A partir de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação com vistas à integralidade de cuidados ao sujeito, os alunos experimentam a prática da Terapia Ocupacional, possibilitando reflexões acerca da inserção do profissional em todos os níveis de complexidade (ARAÚJO; GOMES; SILVA, 2013).

Posteriormente a Universidade Federal da Paraíba, através da Resolução nº 01/2010 criou o Departamento de Terapia Ocupacional, do Centro de Ciências da Saúde, Campus I da UFPB.

O documento declara que o bacharel em Terapia Ocupacional, na atuação em saúde, terá a competência e habilidade para conhecer o processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, compreendendo o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação. Terá capacidades para identificar as desordens nas diversas áreas de ocupação (UFPB, 2010).

Na Paraíba, assim como em outros estados, o terapeuta ocupacional poderá atuar em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, especialmente no sistema de saúde pública, como também em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação (MORAES, ARAGÃO; BARROS, 2004).

Além disso, poderá desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações governamentais ou não governamentais (MEC, 2002).

De acordo com o projeto pedagógico do curso, formulado pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Paraíba o campo de atuação do terapeuta ocupacional abrange hospitais gerais e especializados, clínicas, consultórios, centros de reabilitação, empresas, centros de saúde, instituições geriátricas, centros de convivência, instituições penais, creches, escolas e clínicas especializadas, institutos de pesquisas, consultoria e assessoria (UFPB, CONSEPE, 2009).

De acordo com o CREFITO 3 o terapeuta ocupacional contribui nos seguintes pontos de atenção da rede de assistência:

Na atenção básica atua nas unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família, matriciamento, consultório de rua;

Na atenção especializada atua em ambulatórios de especialidades, enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

Na rede de saúde mental atua nos CAPSi, CAPS ad, CAPS I, CAPS II e CAPS III. Pode atuar ainda na atenção integral à saúde da pessoa idosa; nos centros de reabilitação com saúde funcional e na atenção hospitalar, precisamente no acolhimento, preparo para alta e cuidados paliativos (CREFITO 3, s.d.).

Na cidade de João Pessoa alguns serviços de saúde municipal, estadual e da sociedade civil contam com terapeutas ocupacionais em seus quadros de funcionários, a exemplo de serviços de alta complexidade, como a Maternidade Cândida Vargas e o Hospital Clementino Fraga; de média complexidade, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Cirandar – CAPSi, a Fundação Centro

Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência – FUNAD, o Centro de Referência Municipal para Inclusão da Pessoa com Deficiência; da atenção básica, como o NASF e algumas organizações não governamentais como o Centro de Atividades Especiais Helena Holanda – CAEHH, a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE e o Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha.

Esses locais oferecem atendimento diário às pessoas, realizando acompanhamentos clínicos e contribuindo com a reinserção social dos usuários. A universidade, através de seus coordenadores e professores do curso de Terapia Ocupacional, têm realizado muitas ações para sensibilizar gestores e funcionários municipais e estaduais quanto ao conhecimento da Terapia Ocupacional desde os primeiros períodos, a exemplo de visitas a órgãos e serviços públicos de saúde e participação em conferências.

1.4 Justificativa e relevância

O presente estudo se justifica pelas seguintes razões. A princípio pela formação acadêmica da pesquisadora ser na área do objeto de estudo, sendo sua conclusão de curso no semestre 2015.1. Secundariamente, pelo fato de não haver estudos que caracterizem a percepção dos coordenadores frente à inserção do terapeuta ocupacional nos dispositivos de saúde de João Pessoa, visto sua real contribuição para saúde da população. Finalmente, pela possibilidade de contribuir para ampliação dos conhecimentos científicos na área e apresentar possibilidades de contratação deste profissional pela rede de saúde municipal.

Vale ressaltar que, atualmente, a secretaria de saúde do município de João Pessoa conta com apenas cinco profissionais de Terapia Ocupacional atuando na rede, sendo este número insuficiente para uma população de 723.515 declarada em 2010 (IBGE, 2010). Os demais terapeutas ocupacionais que atuam no município fazem parte do quadro funcional do Estado, não sendo vinculado à prefeitura.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer a percepção dos coordenadores de saúde em nível central quanto à necessidade de inserção do profissional terapeuta ocupacional nos dispositivos da rede de saúde do município de João Pessoa.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as concepções dos coordenadores de saúde sobre a atuação profissional do terapeuta ocupacional nos dispositivos da rede de saúde do município de João Pessoa;
- Desvelar o processo de inserção do terapeuta ocupacional nas políticas de saúde nas quais os coordenadores estão vinculados.

3. METODOLOGIA

3.1 Natureza e tipo de estudo.

Durante a construção do trabalho de pesquisa, a pesquisadora se defrontou com várias dificuldades e incertezas às quais teve que encarar. Foi desde o momento em que delimitou o seu objeto de estudo até as suas considerações finais, não desmerecendo essencialmente sua estrutura lógica ou componente metodológico, já que foi fundamentado neste, que a pesquisadora pode esboçar sua pesquisa, utilizando para isso as técnicas, métodos e procedimentos que foram particularmente utilizados na instrumentalização da pesquisa.

Por essa razão, urgiu a escolha de uma concepção metodológica apropriada, que definiu os caminhos que se pretendia seguir para encontrar solvências para sanar os dilemas que possivelmente surgiriam. Portanto, todo esse procedimento postulou um nexo de coerência entre os impasses surgidos, os objetivos apresentados, o referencial teórico-metodológico utilizado e os resultados que se propunha alcançar, visto que o seguimento de uma pesquisa exige revisões, correções e redefinições em todas as suas etapas.

Assim sendo, a opção metodológica a ser utilizada em uma pesquisa, cujo tema ou fenômeno social fascina o pesquisador e é relevante, converge para um trajeto que se inicia a partir da delimitação do objeto a ser investigado, perpassa pelo curso teórico, pelas técnicas de coletas de dados e finaliza com a análise e produção do estudo aprofundado.

Dessa forma, esta pesquisa tratou de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem de natureza qualitativa. No primeiro momento foi realizado levantamento bibliográfico em base de dados online e revisão de literatura. De acordo com Nascimento e Teixeira (2012 p. 215), “a pesquisa bibliográfica é o levantamento e análise crítica dos principais trabalhos publicados sobre determinado tema”. Ainda segundo as autoras a pesquisa bibliográfica pode ser realizada a fim de atualizar conhecimentos, acompanhar o desenvolvimento de um assunto e/ou realizar trabalhos científicos.

Minayo (2010), assevera que a metodologia é reconhecidamente a principal ferramenta aplicada para trilhar as abordagens da realidade no campo das teorias

sociais. Consiste em um elemento indispensável na estruturação do campo do conhecimento das ciências sociais e o objeto destas ciências é qualitativo. Neste ínterim, a pesquisa qualitativa apresenta a correlação entre pesquisador e objeto de estudo, revelada através da mutualidade entre sujeito e objeto, de maneira interpretativa.

O estudo exploratório tem por finalidade explorar uma temática pouco ou não conhecida, com o objetivo de obter maior número de informações possíveis a seu respeito. A descritiva busca transcrever as características que melhor definem um determinado fenômeno (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010).

Para Minayo (2010), a metodologia é o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade. De maneira geral, consta do processo por meio do qual os fenômenos se desenvolvem. De acordo com Deslandes e Gomes (2004), a abordagem qualitativa apresenta-se apta para se apreender os aspectos subjetivos, os quais não estão aparentes na realidade posta.

Minayo (2010) apresenta a entrevista como uma das técnicas mais adequadas para a coleta de dados, sendo a mais utilizada nos trabalhos de campo. As entrevistas podem ser do tipo estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Para o presente estudo foi adotada o tipo semiestruturada, que combinou perguntas fechadas e abertas (nas quais o entrevistado ficou livre para discorrer sobre o tema, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador), apresentando, dessa forma, aspectos importantes para a coleta dos dados.

Trata-se de uma linha metodológica adequada ao objeto do presente estudo, uma vez que teve como propósito compreender de que maneira os coordenadores das Políticas Públicas de saúde do município de João Pessoa, percebem a necessidade de inserção do terapeuta ocupacional e sua contribuição para os serviços de saúde local.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa-PB, capital do Estado da Paraíba. Sua área territorial é de 211,475 km², e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, apresentaria em 2014 uma população

estimada de aproximadamente 780.738 pessoas. Em 2010 essa população era de 723.515 pessoas. A densidade demográfica é de 3.421,28 (hab./km²) (IBGE, 2010).

A cidade está localizada na zona leste do Estado e tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM de 0,763. Faz limites com os municípios de Bayeux, Alhandra, Conde, Cabedelo, Santa Rita e com o Oceano Atlântico (IBGE, 2010).

Em termos administrativos, a saúde do município integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS e está dividida em quatro áreas, sendo três Gerências (Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar) e as Áreas Técnicas ligadas à saúde (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Pessoa com Deficiência, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do idoso, Hipertensão e Diabetes, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Práticas Integrativas e Complementares, Saúde Bucal, Saúde da População Negra), e ainda as áreas de Gestão de Informatização, Sistemas Informatizados em Saúde e Geoprocessamento, que dão apoio técnico aos serviços e acompanha e executa a política de saúde (SMS).

Ainda em termos divisionais a cidade é demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), e de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS seu objetivo é organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e a assistência hospitalar. A cidade conta atualmente com cinco distritos sanitários distribuídos de acordo com a divisão territorial (PMJP, s.d.).

Dentre as áreas vinculadas à saúde abstiveram-se da pesquisa três, quais foram: Práticas Integrativas e Complementares, Saúde da População Negra e Saúde Bucal. A ausência foi justificada pelos seguintes motivos: por ter a representante da primeira área citada se recusado a participar da pesquisa, a segunda por estar, no período reservado às entrevistas, em processo de férias trabalhistas e a última por decisão conjunta do orientador e pesquisadora em não incluí-la na pesquisa.

3.3 Participantes da pesquisa

Cogitando o objeto em questão, decidiu-se por envolver a participação de coordenadores da saúde que atuam nas áreas técnicas do município e que dão

suporte ao funcionamento da rede local. Procurando compreender que a gestão nesses serviços zela pela expansão da capacidade de intervenção no coletivo, a qual é fomentada pela participação desses como atores sociais, viu-se a conjuntura de levar ao conhecimento de todos, a realidade dos profissionais terapeutas ocupacionais que estão se formando no município de João Pessoa e da lacuna existente na rede de saúde local pela ausência desse profissional.

Com efeito, o estudo buscou a compreensão dos coordenadores em destaque, oferecendo aos mesmos a oportunidade de inteirar-se com as especificidades e singularidades que compõem a prática da Terapia Ocupacional nos diferentes níveis técnicos da saúde.

Por outro lado, as circunstâncias demonstraram que os sujeitos do estudo, os coordenadores municipais de saúde, além de trabalhadores cujos méritos se destacam por atuarem na gestão da rede de saúde municipal, constituíam-se também como protagonistas das áreas técnicas e como tal estavam inteirados sobre a realidade da saúde local. Nesse sentido, não poderia haver sujeitos mais preparados do que os coordenadores para ilustrarem sobre as práticas profissionais das suas áreas, anunciar se nelas há terapeutas ocupacionais atuando ou não, e não havendo, quais seriam suas concepções em relação à inserção do terapeuta ocupacional em suas áreas de gestão.

Para selecionar os participantes da pesquisa, foram então convidados os coordenadores das políticas públicas de saúde do município, pela relevância das informações e das observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão (MINAYO, 2010).

A escolha do espaço e do grupo de pesquisa, que deveria ter sua atuação prática ao delineamento do objeto teórico, teve o intuito de aprofundar a abrangência da compreensão do grupo social que foi entrevistado. Na abordagem adotada (qualitativa), buscou-se uma amostragem ideal que pudesse refletir a totalidade nas suas diversas dimensões (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010), a amostragem qualitativa é relevante por salvaguardar os sujeitos sociais investigados pelo pesquisador. Nessa perspectiva seria possível saber se os mesmos possuíam os atributos necessários e se eram em números suficientes para possibilitar reincidência de informações, considerando àqueles com

maior poder explicativo. Isso levando em consideração que, mesmo havendo a singularidade, o grupo poderia propor diferentes informações.

A peculiaridade qualitativa permitiu ainda extrair as experiências e/ou expressões que se pretendia alcançar com a pesquisa.

Assim os sujeitos entrevistados na pesquisa foram os coordenadores das seguintes áreas técnicas: saúde do homem, saúde do idoso, tuberculose e hanseníase, saúde mental, pessoa com deficiência, doenças crônicas, saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher. Os próprios têm formação respectivamente nas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Assistência Social, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição/Saúde Coletiva (Sanitarista), Enfermagem.

Como critérios de inclusão para os mencionados profissionais participantes do estudo, foram considerados os seguintes aspectos: aceitação para contribuir com a pesquisa, a qualidade de coordenador e suas atuações nas políticas públicas de saúde do município. No tocante aos critérios de exclusão, foram consideradas as situações nas quais o profissional não aceitou participar da referida pesquisa, em caso de recusa de gravação de suas falas ou quando não fosse atendido algum dos critérios de inclusão.

O processo adotado foi pautado no aprofundamento das questões levantadas, dos objetivos preconizados, com vistas à compreensão do fenômeno em suas múltiplas dimensões. A conclusão da coleta foi determinada pelo critério de profundidade e suas interconexões, possibilitando abrangência da totalidade do problema investigado.

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados

Para a realização da pesquisa, foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada para os sujeitos sociais selecionados.

As primeiras abordagens aos sujeitos da pesquisa foram realizadas após a validação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, em local previamente acordado com os mesmos. O pesquisador realizou uma apresentação pessoal, seguida de explicação acerca do projeto de pesquisa, da sua importância para o pesquisador, para a população e para as instituições mencionadas no estudo

aos quais serão entregues cópias do referido trabalho, do método que seria utilizado e dos objetivos com a realização da mesma.

Foram entregues aos sujeitos um cartão de agendamento, marcando a data dos encontros com o pesquisador, os quais aconteceram em local, dia e horários pré-agendados sugeridos pelos próprios sujeitos participantes, com vistas à realização da entrevistas.

Minayo (2010), afirma que a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, destinada a construir informações pertinentes para objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas pertinentes tendo em vista este objetivo.

A entrevista semiestruturada combina perguntas objetivas e subjetivas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação pré-estabelecida.

Fez-se a escolha pela entrevista semiestruturada. Esta expõe pormenores que facilitam a coleta dos dados, numa combinação de perguntas fechadas, com objetivos claros que norteiam e facilitam o entendimento daquilo que se deseja apreender, e perguntas abertas, em que o entrevistado tem a liberdade de dissertar sobre o assunto proposto, sem que seja preciso estabelecer condições para respostas.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados, na Secretaria Municipal de Saúde - SMS da cidade de João Pessoa, porém, em local reservado e privativo. Foram gravadas na íntegra em aparelho digital, com autorização prévia dos próprios, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a gravação, o material foi colocado à disposição dos entrevistados, para o caso de querer ouvi-las, e caso desejassem poderiam modificar ou acrescentar questões relativas ao depoimento e poderiam ficar à vontade para assim proceder. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pelo pesquisador.

A pesquisa realizou-se no primeiro semestre de 2015. A coleta dos dados ocorreu no mês de março, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número CAAE 39398514.9.0000.5188.

3.5 Aspectos éticos

Inicialmente, foi realizado o encaminhamento do projeto de pesquisa para avaliação pelos órgãos competentes responsáveis pela liberação dos profissionais para participação na pesquisa. Posteriormente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Durante o período de submissão e logo após a aprovação do Comitê de Ética foi realizada pela pesquisadora uma visita junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa, bem como a cada um dos coordenadores das áreas técnicas supracitadas. A pesquisadora teve ótima receptividade por parte dos coordenadores e total apoio para realização da pesquisa por todos os responsáveis pelos serviços.

Os participantes do estudo foram esclarecidos no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No tocante à aceitação e à privacidade referida no Termo de Consentimento apresentado no momento das entrevistas, foi possível cumprir o acordado de forma adequada, pois no local escolhido para as entrevistas tinha espaço privativo, e àqueles que optaram por ficar em seu local de trabalho, o fizeram porque a entrevista foi realizada no horário em que pouquíssimas pessoas estavam no ambiente, deixando assim pesquisador e participante em situação confortável e segura para que se disponibilizassem as informações por parte dos participantes da pesquisa e da pesquisadora.

Em concordância com a participação na pesquisa, os sujeitos da própria assinaram os documentos, assim os princípios éticos foram atendidos, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013). E assim, antes de cada entrevista foi colhida a autorização dada pelo respectivo entrevistado através de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado ao mesmo na qual ele lia, assinava e devolvia uma via à pesquisadora, como forma de garantir o registro dos discursos com mais fidedignidade.

Antes de iniciar a entrevista a pesquisadora apresentou uma breve explanação do que seria a pesquisa. O material empírico respeitou os princípios

éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo dos participantes no tocante à autoria das respostas dos entrevistados.

Foi assegurado aos participantes da pesquisa o direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento, por conseguinte, um dos coordenadores não demonstrou interesse em participar, o da área técnica “Práticas Integrativas e Complementares”. Mesmo com todas as explicações dadas pela pesquisadora sobre como seria o andamento da entrevista e sobre total sigilo o coordenador não aceitou participar. Sua atitude foi imediatamente entendida pela pesquisadora, que após o fato agradeceu e voltou ao seu estudo. Foi garantido também o retorno dos resultados da pesquisa.

3.6 Apresentação e discussão dos achados

Para a análise do material proveniente das entrevistas semiestruturadas, foi adotada a abordagem teórica de Análise de Conteúdo de Minayo (2010). Foi dada ênfase em eixos temáticos, para possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens. Por meio desse método se pode apreender a realidade por intermédio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

Dessa forma a análise dos dados foi sistematizada, seguindo alguns passos que permitiram estabelecer as relações entre as diferentes informações.

A princípio estabeleceu-se a articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado com intuito de correlacionar os questionamentos e objetivos conduzidos no estudo. Em seguida os dados foram ordenados, (transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas) e classificados (organização das informações fundamentada na ligação entre os dados empíricos, os objetivos e os pressupostos teóricos da pesquisa) (MINAYO, 2010).

Dando prosseguimento, os temas relacionados com o objetivo da pesquisa foram reconhecidos e acareados com o referencial teórico pertinente. Essa metodologia permite assimilar a realidade através do conteúdo detalhado em busca da delineação do conhecimento.

A percepção do conteúdo estava evidente na delimitação do assunto e pode ser revelada através de uma única palavra, várias palavras ou de frases ou conteúdos resumidos. Portanto, é possível distinguir vários eixos na interlocução tratando do objeto estudado. Partindo dessa perspectiva, a análise dos dados foi organizada seguindo os passos metodológicos supracitados e abaixo descritos.

Inicialmente a ordenação dos dados foi estabelecida como primeira fase e consistiu na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas. Prosseguindo foi realizada a leitura do material transcrito e por fim classificados em diferentes categorias segundo as falas, auxiliados, porém pelas observações que puderam ser feitas “in loco”.

Como fase seguinte surgiu à classificação dos dados. Estes tiveram como fundamento a correlação entre o material empírico, os objetivos e os pressupostos teóricos da pesquisa. Esse procedimento oportunizou uma primeira relação com os significados manifestados nas falas dos participantes, permitindo desvelar os eixos categóricos distintos e similares.

No primeiro momento dessa segunda fase foi realizada a leitura “flutuante” e “exaustiva” do material transcrito com a finalidade de classificar os eixos categóricos de acordo com a compreensão principal da temática explorada. Nesse sentido o que se propunha era prender a atenção do pesquisador no material, o que possibilitou construir as categorias empíricas para confrontá-las com o referencial teórico adotado.

O segundo momento desta fase foi destinado à leitura transversal de cada categoria no geral e das subcategorias.

O último momento foi propício para a releitura de todo o material com o intento de identificar justamente os conteúdos “manifestos” e “latentes” e articulá-los com as categorias empíricas adotadas. Foi o momento favorável para a compreensão e interpretação dos pormenores mais relevantes que surgiram nos dados analisados (MINAYO, 2010).

Essa fase foi considerada a mais abrangente e entranhada do material empírico. Para melhor compreensão do objeto de investigação, foi executada a análise de todas as falas das entrevistas realizadas pela pesquisadora, para em seguida confrontar o material com os autores referenciados no estudo, não desmerecendo, contudo, a sagacidade da pesquisadora, ocasionada logo no

primeiro contato com os sujeitos do estudo e por sua própria concepção de mundo, pois sendo o estudo social, seu procedimento não é absolutamente neutro.

Minayo (2010), assevera que a pesquisa social, tida como um processo de produção e produto, pode se apresentar como materialização da realidade e do pesquisador ao mesmo tempo, o que se traduz também em um objeto de sua própria produção.

3.7 Riscos

No que se refere à natureza do estudo, ele não possui caráter interventivo e não é um procedimento invasivo que expõe a identidade dos participantes. Foi garantido aos sujeitos da pesquisa que a própria não ofereceria riscos esperáveis para a sua saúde. O emprego de informações pessoais meramente ocorridas se deu mediante a permissão do participante da pesquisa, doravante à leitura e posterior assinatura do termo de livre esclarecimento, tendo sido garantida a total confidencialidade e sigilo dos dados e das informações pessoais.

Assim os riscos do estudo estiveram limitados à possibilidade de constrangimento para responder as questões, sendo assegurado a este a opção de não responder qualquer uma das questões. Esperou-se minimizar os riscos com esclarecimentos prévios acerca da pesquisa e da importância da participação dos mesmos.

3.8 Benefícios

Espera-se que o estudo possibilite aos profissionais terapeutas ocupacionais identificar a compreensão dos coordenadores de saúde sobre sua atuação profissional assim como o conhecimento da dimensão atual sobre a inserção do terapeuta ocupacional nas respectivas políticas públicas de saúde do município.

Será disponibilizado um exemplar com os resultados do estudo para consulta na Prefeitura do Município de João Pessoa, na Secretaria Municipal de Saúde do Município, na Universidade Federal da Paraíba e no CREFITO 1, conselho da classe.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o término da coleta do material, foi realizada a análise dos dados empíricos, tendo como parâmetro as próprias categorias que afloraram desses dados. Após roteiro de análise fundamentada nos métodos de Minayo (2010), realizamos o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, encadeando o que foi divulgado com o referencial teórico metodológico, através das técnicas de singularidade e distinção do material empírico, que endossado pela autora, possibilitou as categorias e suas dimensões no estudo sondado se confrontarem.

A partir do exposto, depois de construídas, apresentadas, analisadas e discutidas as categorias e frente à variedade de respostas obtidas à questão norteadora, foram admitidos à identificação de dez núcleos temáticos descritos a seguir.

1. Os coordenadores afirmam ter conhecimento da Terapia Ocupacional e reconhecem a importância do profissional.

Essa categoria compreende as razões pelas quais alguns coordenadores afirmaram ter conhecimento acerca da Terapia Ocupacional. Nas suas falas enfatizaram a relevância da profissão para a saúde da população, especialmente no que tange às suas áreas de atuação e como o profissional inserido na rede de saúde do município pode contribuir com as equipes e demais profissionais que atuam no âmbito da saúde local.

“Tenho. Tenho um grande conhecimento sim, porque eu trabalho com uma população que ela... ela precisa trabalhar com uma equipe multiprofissional, e dentro dessa equipe multiprofissional o terapeuta... ele é primordial junto com a fisio, junto com o educador físico, junto com o geriatra, junto com o neuro... ele é extremamente importante, porque são pessoas debilitadas, são é... com limitações severas que muitas vezes precisam de alguns instrumentos de tecnologias assistivas que tenham realmente condições de dar uma mobilidade e de dar uma qualidade de vida a ele melhor e aí que entra o terapeuta né?... para dar esse suporte” (Coordenador 2).

O coordenador declara que o terapeuta ocupacional pode atuar na sua área técnica apresentando-se como um profissional que poderá favorecer a saúde, auxiliar na prevenção das doenças e/ou no agravamento das mesmas. Mello (2011), afirma que a Terapia Ocupacional é uma das profissões que compõem os programas

de reabilitação da pessoa idosa com ações integradas e executadas pela equipe interdisciplinar, cujo objetivo principal é impedir o escalonamento de incapacidades funcionais para evitar perda de independência e autonomia. No seu discurso o coordenador expõe que, quando inserido nos serviços, o terapeuta ocupacional, em interação com a equipe multiprofissional, complementa e reforça o trabalho interdisciplinar da equipe, especialmente no que tange a demandas específicas para a Terapia Ocupacional.

Sua compreensão se confirma através do suporte teórico de Beirão e Alves (2010), ao referir que na área de assistência à saúde do idoso, o terapeuta ocupacional poderá contribuir para o reconhecimento das potencialidades remanescentes e das possibilidades reais de desempenho nas atividades de vida diária.

Tratando-se dessa área de ocupação, os coordenadores citaram razões para a necessidade de inserir o terapeuta ocupacional nos serviços, como o fato de contribuir para a qualidade de vida, tanto por ser o profissional específico para abordar as Atividades de Vida Diária (AVD), vistas pelo coordenador como as tarefas básicas do dia a dia, quanto por sua competência no trabalho de inclusão social, como se observa nas palavras de outros coordenadores no trabalho com pessoas com hanseníase e na saúde mental.

“[...] eu tou falando isso baseado na hanseníase... porque hanseníase trabalha com TO e ele fica muito nessa questão de ajudar o paciente que tá com sequela, alguma coisa... a se adaptar a fazer coisas básicas que muitas vezes sem é.. é... sem essa ajuda eles não conseguiriam” (Coordenador 3).

“Sim, eu não posso dizer que tenho tanto conhecimento, mas esse profissional é de suma importância, realmente o terapeuta ocupacional, principalmente dentro da saúde mental, porque a gente vê... então se é um profissional que ele resgata, ele traz através do seu trabalho essa autonomia do sujeito né? de saber lidar com esse seu contexto, seja ele social, na dificuldade mental, física, dentro de suas habilidades de trabalho ele é um ponto fundamental dentro dos serviços de saúde mental” (Coordenador 4).

Para Mello e Mancini (2011), as atividades de vida diária – AVD e atividades instrumentais de vida diária – AIVD são as atividades rotineiras que fazem parte do cotidiano das pessoas e podem ser desempenhadas no contexto doméstico. Se o indivíduo estiver inapto a fazê-las de forma independente pode ter seus papéis sociais afetados.

O argumento dos coordenadores sobre as competências específicas e únicas da Terapia Ocupacional, em relação às outras categorias profissionais, evidenciam suas concepções sobre a necessidade do terapeuta ocupacional está inserido nesses serviços de saúde, por ser o profissional indicado para exercer tais atribuições. Percebe-se que os mesmos compreendem como imprescindível a contribuição do terapeuta ocupacional, pois entendem que as intervenções terapêuticas ocupacionais com esses pacientes favorecem a realização do autocuidado, proporcionando mais autonomia na execução das tarefas cotidianas.

De acordo com De Carlo *et al*, (2004, p.10):

O terapeuta ocupacional trabalha com tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam, temporária ou definitivamente, limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social.

Essas atribuições específicas do terapeuta ocupacional são asseguradas pela resolução n.º 316, de 19 de julho de 2006 do COFFITO, que dispõe sobre a prática de atividades de vida diária, de atividades instrumentais da vida diária e tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional (COFFITO, 2006). Não é novidade que muitos terapeutas ocupacionais inseridos nos serviços de saúde em municípios que empregam esses profissionais relatam a existência de demandas específicas nos serviços de saúde geral.

Em nossa prática, percebemos uma necessidade oriunda de uma parcela da população que demanda cuidados específicos por parte das políticas públicas, com mecanismos de inclusão social, objetivando assim, a promoção da saúde e bem-estar para uma melhor qualidade de vida (MORAES, ARAGÃO; BARROS, 2004, p. 117).

Em relação à saúde mental, a Terapia Ocupacional tem forte conexão com a mesma desde épocas remotas, uma vez que é notório que “a profissão de Terapia Ocupacional já percorreu muitos caminhos, e existem muitos textos acessíveis sobre essa caminhada” (SOARES, 2011, p. 4).

De Carlo e Bartalotti (2001), descrevem a “Escola do Tratamento Moral” como precursora da Terapia Ocupacional. Relatam que o “tratamento moral”, que era a essência da atividade terapêutica do modelo asilar, condicionou o asilo como casa de educação de caráter especial, que impondo normas de conduta através do

tratamento coercitivo e do isolamento do ambiente sócio familiar, objetivava reformar o espírito do doente.

Quando o tratamento moral começou a ser substituído pela “terapia pelo trabalho” (ergoterapia) nos manicômios, viu-se a sua similaridade com a Terapia Ocupacional. De acordo com Soares (2011, p.6), a “terapia pelo trabalho” foi substituída pela Terapia Ocupacional nos Estados Unidos após a primeira guerra mundial, diante das exigências dos soldados oriundos da guerra por autonomia financeira e pela absorção dos incapacitados no mercado de trabalho.

Entretanto, De Carlo e Bartalotti (2001), ressaltam que a preocupação com a prevenção de ocorrências e recorrências de doenças e o aumento no número de pessoas incapacitadas pela guerra, fez surgir a reabilitação. Foi assim que, a partir da necessidade de pessoas capacitadas e produtivas para a reconstrução social no pós-guerra, o tratamento pela ocupação foi reconhecido.

No Brasil, o tratamento moral e a terapia pelo trabalho foram trazidos pela família real e depois foi substituída pela Terapia Ocupacional em meados do século XX, quando os cursos e a profissão foram sendo criados e institucionalizados, com grande influência da célebre psiquiatra Nise da Silveira. Nesse sentido, Benetton (1994, p. 1), afirmou há muito tempo: “A saúde mental, como área de conhecimento, está implícita em todo caminho a ser trilhado pela Terapia Ocupacional”. Contudo, mudanças ocorreram com o passar dos anos, conforme esclarece Ribeiro e Machado (2008, p. 73):

No contexto da Terapia Ocupacional aplicada aos sujeitos com a experiência do sofrimento psíquico, a primeira grande alteração deu-se com a mudança do perfil de seu cliente hospitalizado [...] Com os novos rumos que a psiquiatria foi tomando, inclusive o uso da nova denominação “saúde mental”, surgiram outras orientações que caracterizaram o panorama da terapia ocupacional psiquiátrica brasileira contemporânea.

Nesse contexto de mudanças, De Carlo e Bartalotti (2001), afirmam que a Terapia Ocupacional se destacou em referenciais importantes para a saúde mental e que estes continuam ativos nos tempos atuais, como a perspectiva socioterápica, que compreende o sofrimento mental revelado no plano das relações pessoais e sociais e a perspectiva psicodinâmica, que compreende os fenômenos psíquicos em uma abordagem dinâmica, relacional e histórica do sofrimento mental.

Diaz (2008) aponta as diretrizes da saúde mental no Brasil após a reforma psiquiátrica, e suas palavras são esclarecedoras para se entender a necessidade de aumentar a quantidade e inserir terapeutas ocupacionais nos serviços de saúde do município, essencialmente na saúde mental conforme justificou o coordenador.

Formulada como uma política pública do Estado, a Reforma Psiquiátrica brasileira é respaldada pela Lei 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde. O projeto em expansão constitui-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da rede, o programa De Volta para Casa que reinsere usuários de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos na sociedade, os leitos psiquiátricos em hospital geral, a construção de uma política pública inter setorial para álcool e drogas e também para crianças e adolescentes, a articulação com a rede básica de saúde e a consequente redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos (DIAZ, 2008, p.11).

É perfeitamente notória a possibilidade do profissional se inserir no serviço, visto serem esses programas atuantes no município e o terapeuta um dos profissionais da saúde que tem habilidades específicas para atuar nesse contexto.

2- Os coordenadores afirmam ter conhecimento do curso de Terapia Ocupacional, mas não da prática do profissional.

Nessa categoria o conhecimento do coordenador sobre a Terapia Ocupacional é confirmado, no entanto, afirma não estar ciente da realidade prática do profissional.

“[...] eu não tenho conhecimento assim...a área de abrangência, o que é que o profissional terapeuta ocupacional desempenha bem específico...a gente tem de uma maneira mais ampla” (Coordenador 8).

O curso de Terapia Ocupacional da UFPB é relativamente novo no estado da Paraíba. Por esse motivo, pode-se inferir que grande parte da população o desconhece. E muitos daqueles que sabem da sua existência, ainda não são capazes de citar alguma informação a respeito do mesmo nem quais as verdadeiras atribuições da profissão, da mesma forma que mencionou o coordenador entrevistado.

Alguns coordenadores declararam a necessidade de uma maior divulgação da profissão. Em algumas falas foi possível perceber que alguns confundem as

atribuições do terapeuta ocupacional com outras práticas. Percebe-se que eles entendem como primordial a necessidade de continuar esse compromisso de difundir a Terapia Ocupacional no município para transformar essa realidade. Acrescentaram que deve haver mais empenho tanto por parte dos professores quanto por parte dos alunos, como relatou um dos coordenadores. Outras instituições onde o curso está em funcionamento há muito tempo tiveram essa preocupação:

Em que pese à diversidade de conteúdos sobre os fundamentos da Terapia Ocupacional que cada instituição de ensino enfoca, decorrente de diferentes abordagens teóricas, das distintas experiências dos docentes e da diversidade entre as realidades regionais, há um esforço dos cursos de investirem nesses fundamentos para conferirem maior clareza ao campo profissional (DRUMMOND, 2011, p.15).

Esse é um papel a ser assumido pelo corpo da universidade, relatou um coordenador. Segundo alguns coordenadores, essa desinformação acerca dos atributos do terapeuta ocupacional e a ausência de políticas públicas de inserção do profissional nos serviços públicos do município, tornam ainda mais difícil o conhecimento da Terapia Ocupacional e das atribuições do próprio profissional por parte da população.

“[...] inclusive eu sugiro até que a turma se mobilize realmente, coloque o pé no chão e vá e briga com o conselho federal, regional, briga com a universidade... bota o bloco na rua gente... é o que tá precisando [...] eu não estou dizendo aqui né pra rasgar a seda não... é a necessidade que é gritante sabe?... aí quando a gente tá prestes a contratar um terapeuta... aí... ah!, mas a gente não tem recursos, fica naquele mais mais por quê?... por que não tem uma categoria forte... não existe a categoria forte... então essa categoria tem que se fortalecer... embora jovem, mas ela tem que bater ééé... pé e tem que tomar pé e ir às ruas mesmo e dizer nós existimos certo?” (Coordenador 2).

Dentre todos os coordenadores apenas um afirmou não ter conhecimento da Terapia Ocupacional, sem especificar razões para isso, permitindo supor que na verdade tinha total desconhecimento da profissão.

3- Os coordenadores entendem a inserção profissional como algo importante, a fim de garantir a equipe multiprofissional o olhar multidisciplinar.

Reforçando as declarações anteriores, os coordenadores reafirmaram a importância de o terapeuta ocupacional estar inserido na equipe para complementar o trabalho multiprofissional.

Monteiro (2011) sustenta que, na visão do atendimento humanizado, é extremamente importante que todas as ações direcionadas a assistência à saúde sejam interdisciplinares e desenvolvidas com características de intercâmbio coeso e coerente dos profissionais envolvidos.

Além de enfatizarem a relevância do profissional para a integralidade do trabalho em equipe e como benefício para a qualidade de vida da população, os coordenadores deixaram evidente a figura do terapeuta ocupacional como um elemento articulador da interação entre sociedade e indivíduo no âmbito da saúde e que esse profissional só vem a somar se estiver inserido na rede de saúde municipal.

“[...] é extremamente importante... é ele que complementa a equipe multiprofissional ou multidisciplinar certo?... a equipe fica em aberto... ela não fecha enquanto esse terapeuta não tiver... [...] então existe essa lacuna... existe essa perda... e essa perda é pra nós... ééé... enquanto... coordenador eu visualizo isso é terrível e para o usuário é uma calamidade... porque ele fica muito aquém daquilo que a gente espera... e essa qualidade de vida pra ele atingir... a gente fica... ééé... oferecendo paliativo... a gente não fecha... por falta desse profissional [...]” (Coordenador 2).

“Eu penso que é um benefício para a população uma vez que esse profissional... ele vai pensar medidas de como interagir com a sociedade, com a população enferma ou até mesmo com a sociedade... ou... a coletividade sadia no sentido de realizar práticas, atividades, tratamentos, reabilitações pra que essas pessoas possam vir a minimizar e até curar os problemas de saúde que elas vêm desenvolvendo com essas terapias que eles desenvolvem com esses trabalhos” (Coordenador 7).

O trabalho da Terapia Ocupacional juntamente a outras disciplinas pode ajudar na compreensão dos seus objetivos pela população. Para Rocha *et al* (2011), a interdisciplinaridade mostra uma demarcação necessária, pois várias disciplinas são convocadas para a releitura das práticas na saúde pública, necessitando se fundamentar na transdisciplinaridade, multiprofissionalidade, com ações interinstitucionais e transeitoriais.

A maioria dos coordenadores foi enfática em insistir na presença do terapeuta ocupacional no trabalho em equipe. Portanto, conhecer as características dessas equipes é importante para todo profissional para que se entenda quais e como os papéis serão exercidos para tornar o trabalho complementar.

De acordo com Cavalcanti e Galvão (2011, p. 35),

“uma equipe multidisciplinar é caracterizada por profissionais de várias especialidades atuando em um mesmo serviço; na interdisciplinar, esses profissionais interagem em comum acordo na tomada de decisões quanto a um procedimento terapêutico e na equipe transdisciplinar, os profissionais se reúnem para avaliar e tomar em conjunto essas decisões”.

A organização dos serviços de saúde em equipes interdisciplinares especializadas presume a diversidade das particularidades e demandas apresentadas pelos indivíduos. Contando com uma equipe multiprofissional, na qual cada um percorre no sentido de aprofundar seus saberes e conhecimentos, abre-se caminho para comunicação, permitindo uma realidade que permite avanços na saúde do indivíduo de forma integral.

4- Os coordenadores entendem a inserção do profissional como benéfico para todas as áreas temáticas de saúde.

Nessa categoria estão incluídas as respostas em que eles entendem que o profissional é oportuno para as diversas áreas de saúde, apesar de alguns coordenadores terem pouco conhecimento e outros desconhecerem totalmente a abrangência da Terapia Ocupacional.

Na atenção básica, Jardim, Afonso e Pires (2008) corrobora com essa opinião, expondo que o terapeuta ocupacional é um elemento relevante que atua diretamente na comunidade e que por ter formação interdisciplinar poderá estimular o desenvolvimento de ações individuais e coletivas que contribuem para reconhecimento das necessidades da comunidade e dos indivíduos que nela residem.

Malfitano (2013) revela que no nosso país, as ações no contexto da saúde agrupam um número maior de profissionais terapeutas ocupacionais e desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, essa inserção foi impulsionada na assistência pública em saúde. Essa realidade é vista como consequência da expansão do atendimento aos grupos populacionais no âmbito do SUS, através do direito à saúde para todos.

“Eu acho excelente porque, como a gente discute sempre essa abordagem multidisciplinar nos serviços e no atendimento ao usuário, eu acho a atividade do terapeuta ocupacional bastante importante em qualquer serviço, em qualquer âmbito de saúde onde seja necessária a inserção do mesmo [...]” (Coordenador 5).

“[...] a gente fez questão de colocar o terapeuta ocupacional né?... justamente por ele... seu desenvolvimento do seu trabalho, ele é... tem tudo a ver não só com a saúde mental em si, mas estou falando e defendendo naquela que eu vivencio” (Coordenador 4).

O terapeuta ocupacional atua de forma preventiva para que as habilidades de desempenho ao realizar tarefas do cotidiano sejam preservadas ao máximo. Sua intervenção propõe formas de habilitar as pessoas, sejam elas crianças, jovens, adultos ou idosos, que nasceram ou adquiriram algum tipo de limitação e que precisam (re) aprender a realizar suas tarefas cotidianas. Indivíduos que perderam suas capacidades ou habilidades por motivo de doenças ou que não conseguem realizar suas atividades de maneira satisfatória se beneficiam do tratamento terapêutico ocupacional.

No tocante à atuação da Terapia Ocupacional no âmbito da saúde mental, Ribeiro e Machado (2008, p. 72) asseveram que:

A Terapia Ocupacional não deve ser apenas um instrumento de intervenção para controle e eliminação do mal estar psíquico, ela deve contribuir para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas e nós, terapeutas ocupacionais, facilitadores desse processo de transformação, devemos ser incansáveis criadores de possibilidades, inaugurando um cuidado que prioriza a liberdade de criação de todos os sujeitos envolvidos.

De forma geral, é função do terapeuta ocupacional atuar na perspectiva de funcionalidade e/ou desenvolvê-la ao máximo. Sua atuação presume ser muito eficiente, tanto na reabilitação individual ou em grupo, sejam as demandas físicas, sensoriais, cognitivas e/ou psicossociais, no sentido de estimular a autonomia e independência em qualquer que seja a área de ocupação.

5- Os coordenadores afirmam acreditar na proposta de trabalho do terapeuta ocupacional.

Nessa categoria o coordenador, sabendo da importância de ter o terapeuta ocupacional inserido nos serviços de saúde, admite acreditar na sua proposta de

trabalho e assegura que é um profissional que deveria estar em todos os serviços, inclusive nos de sua área técnica.

“[...] eu almejava que tivesse terapeuta ocupacional em todos os serviços de saúde mental... acredito demais na proposta... nesse desempenho dessa habilidade, dessa diversidade... desse manejo que o terapeuta ocupacional tem né?... dessa criação de possibilidades, de ir junto ao outro, tá inserindo ele qualquer que seja a sua dificuldade naquele momento...” (Coordenador 4).

A atuação do terapeuta ocupacional na saúde mental objetiva a reabilitação como forma de inclusão. Quanto às especificidades do terapeuta ocupacional, as ações interdisciplinares propostas pelos serviços substitutivos seguem os pressupostos teóricos da profissão e o profissional deve apresentar competência no trabalho em equipe. Deve agir evidenciando o quanto seu conhecimento sobre atividade humana pode contribuir para alcançar os objetivos da reabilitação psicossocial, valorizando a atividade humana e o trabalho para a saúde mental e inserção social das pessoas, superando a ideia da atividade como recurso terapêutico ou ocupação do tempo ocioso como nas práticas tradicionais (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Segundo o coordenador, o município, através da SMS- Secretaria Municipal de Saúde vem ampliando e fortalecendo as ações no tocante às políticas públicas voltadas para Saúde Mental na Atenção Básica. No entanto, para ele a inserção do terapeuta ocupacional na rede do município não chega a ser satisfatória.

“Assim, eu acho... ainda é muito pouco aqui em João Pessoa né?... a gente tá vendo essa busca, inclusive na nossa residência agora de saúde mental né?... dos profissionais inseridos... [...] No nosso município nós só temos um né? um a princípio, que inclusive é Luciano que desempenha um trabalho belíssimo no aspecto do autismo né?... dentro do serviço infantil... nós tínhamos outro no CAPS Caminhar... [...] que era Ludmila que aí por motivos outros ela saiu da rede e que a gente tá aguardando uma nova contratação [...]” (Coordenador 4).

A Terapia Ocupacional tem um papel considerável e expressivo nos processos de reabilitação psicossocial. Utilizando a atividade como principal ferramenta de intervenção junto a usuários, ela transforma o cotidiano do indivíduo promovendo seu próprio protagonismo, facilitando sua (re) inserção e inclusão social.

Segundo Ramos (2011), a rede de atenção psicossocial na cidade de João Pessoa é formada por dois CAPS III transtornos, dois CAPS AD III, sendo um deles de responsabilidade do Estado (todos funcionando vinte e quatro horas, tendo, portanto, leitos de repouso de retaguarda), um CAPS Infantojuvenil, um Pronto Atendimento em Saúde Mental – PASM, duas Residências Terapêuticas, uma Unidade de Atendimento Infantil – UAI, três equipes de Consultório na Rua e vinte equipes NASF.

Porém, mesmo com essa gama de serviços, existem apenas três terapeutas ocupacionais na rede de saúde mental, sendo este número insuficiente para a demanda do município, o que é evidenciado no relato do coordenador 4. Dessa forma, o terapeuta ocupacional tem muito a contribuir com a saúde mental da população, sendo importante a inserção deste nos dispositivos existentes, já que atualmente, essa inserção é insuficiente.

6- Os coordenadores identificam demandas para o terapeuta ocupacional nos serviços de saúde do município.

Esse questionamento teve um retorno quase unânime por parte dos coordenadores. A grande maioria citou em suas falas que em suas áreas técnicas a demanda é visível. Ficou nítido que alguns sabem que a atuação do terapeuta ocupacional perpassa quase todas as especialidades da saúde, visto suas atribuições irem desde a prevenção de doenças à promoção da saúde, reabilitando no sentido de recuperar total ou parcialmente a autonomia e independência do sujeito afetado por desordens físicas, psíquicas e/ou sociais.

“Total. [...] criança, adulto jovem... é... sequelados que precisam também desse profissional... na minha área, na nossa área aqui eu tenho plena consciência de que existe essa demanda para esse profissional, e que é uma demanda grande esperando ele... não é pequena não...” (Coordenador 2).

A visão dos coordenadores de que existe essa demanda por parte da população permite considerar que eles entendem que a Terapia Ocupacional pode surgir como um novo recurso nos serviços de saúde do município, em particular para aqueles que anseiam por mais qualidade de vida e equilíbrio em sua saúde.

Um dos coordenadores enfatizou estar sendo fundamental o trabalho do terapeuta ocupacional nas oficinas com os grupos de usuários. Essa observação também é mencionada no campo teórico:

Os profissionais de terapia ocupacional que estão inseridos na rede de atenção à saúde mental, e aqueles que serão incluídos neste sistema de atendimento, devem estar cientes de que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental vão para além da implantação e ampliação das redes de serviços. Elas conduzem a um outro saber que exige flexibilidade nas ações e nos papéis dos diversos profissionais, e pede uma mudança individual e coletiva de todos os envolvidos no processo da reabilitação psicossocial (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p.74).

O processo de trabalho do terapeuta ocupacional envolve um olhar holístico que permite identificar aspectos globais do indivíduo que são valorizados no momento de traçar um plano de tratamento. Considerando, além desses aspectos, fatores emocionais e afetivos, o terapeuta ocupacional faz seu raciocínio clínico para intervir e obter resultados satisfatórios. Nesse seguimento, o profissional identifica demandas prioritárias que envolvem as ocupações cotidianas dos indivíduos. Todas as estratégias utilizadas durante o processo terapêutico ocupacional estão voltadas para melhoria da qualidade de vida.

7- Os coordenadores afirmam desconhecer a demanda, mas acreditam existir na atenção básica.

Nessa categoria identificamos o olhar do coordenador para a atenção básica, que é onde se inicia toda a sistematização da saúde. Segundo Lancman e Barros (2011), a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB em 2006 marcou a atenção primária em saúde como ponto de partida e porta de entrada preferencial do SUS. Definiu como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei mais importante da saúde, a Lei 8080 ou Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa.

No artigo 2º, parágrafo I define “Região de Saúde” como um espaço geográfico constituído por municípios limítrofes, que são delimitados a partir de suas identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar, organizar e planejar a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No parágrafo III, define “Portas de Entrada” como sendo os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. Com esses critérios o SUS otimiza suas ações na rede de serviços de forma hierarquizada, solidificando o acesso da população (BRASIL, 2011).

“Existe. Existe demanda proveniente da atenção básica né?, existe demanda proveniente da alta hospitalar e existe demanda proveniente...tanto pela própria necessidade de saúde da população em geral que deve ser trabalhado em caráter preventivo” (Coordenador 7).

“[...] eu não sei bem te dizer agora... e quanto no município se existe demanda no serviço eu não conheço como é que tá a demanda hoje nesse tipo de serviço né?... mas claro que todas as nossas unidades de saúde da família a gente sente a necessidade...” (Coordenador 1).

O cuidado integral e efetivo na saúde deve abranger todas as suas áreas técnicas e todos os seus níveis de complexidade. De acordo com a Cartilha Terapeuta Ocupacional e o SUS, o terapeuta ocupacional é um profissional que pode contribuir nas diversas áreas de atenção da rede assistencial, sendo especialmente importante sua atuação e apoio junto à Atenção Básica, através do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família, nas UBS-Unidades Básicas de Saúde e ESF-Estratégia Saúde da Família, uma vez que esse serviço é a porta de entrada para a saúde. Alguns autores destacam a atuação do terapeuta ocupacional nesse serviço, vide os preceitos trazidos pelos estudiosos conforme pode ser observado a seguir:

As formas de atendimento em TO são diversas e ocorrem de acordo com a demanda dos usuários, quer na UBS, no domicílio ou em espaços da comunidade, através de cuidados individuais, grupais, dos familiares e de outras pessoas do circuito relacional (ROCHA, SOUSA, 2011, p. 42).

O terapeuta ocupacional é um dos profissionais que pode compor o NASF. Tendo em vista que no município de João Pessoa apenas um profissional está inserido na atenção básica, especificamente no NASF, atuando como apoiador nas

demandas específicas, este número é insuficiente, diante da necessidade exposta pelos coordenadores. O desconhecimento da profissão e outros fatores citados pelos coordenadores ainda interferem na sua inserção.

8- Os coordenadores contam com terapeutas ocupacionais nos serviços da área a qual estão como responsáveis.

Nessa categoria alguns coordenadores afirmaram ter terapeuta ocupacional nos serviços. Segundo afirmação de um coordenador, o município de João Pessoa conta atualmente com duas vagas para o profissional de Terapia Ocupacional na área de saúde mental, no entanto, apenas uma dessas vagas está ocupada. De acordo com o coordenador foi criado em 2014 o programa de residência em saúde mental numa parceria entre a UFPB e a SMS do município, e foram inseridos já neste ano de 2015, três profissionais na residência.

Um coordenador afirmou existir um profissional em sua área de atuação. Em seguida ressaltou que talvez houvesse outro terapeuta inserido no CRMIPD - Centro de Referência para Pessoa com Deficiência.

“Sim, é... no setor de órteses e próteses do município lá nós contamos com uma profissional terapeuta ocupacional,... assim como salvo não me engano, no Centro de Referência da Pessoa com Deficiência...” (Coordenador 5).

Sobre a atuação do terapeuta ocupacional nessa área destacam-se as palavras de Bezerra *et al* (2009, p.58): “A Terapia Ocupacional tem sua prática voltada para o cotidiano dos indivíduos, com isso, em alguns casos é imprescindível à confecção de órteses e adaptações para proporcionar um desempenho ocupacional favorável”.

Para Holms *et al* (2004), a Terapia Ocupacional atua na reabilitação de pessoas com deficiência física em qualquer faixa etária. O tratamento de pacientes que estejam comprometidos fisicamente, seja por limitações ou incapacidades, para realizar suas atividades de vida diária, procura maneiras de promover a inclusão do indivíduo na sociedade almejando o máximo possível de independência para que assim ele tenha garantida uma melhor qualidade de vida.

Outro coordenador citou a existência em sua área técnica de um terapeuta ocupacional atuando através de um trabalho conjunto com a saúde mental no programa “Consultório na Rua”.

“ Sim. ...nós trabalhamos com a área de saúde mental... junto com seu projeto Consultório na Rua... contam com uma equipe de psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais...” (Coordenador 7)

Os demais não souberam informar se há terapeuta ocupacional em sua área técnica, entretanto um deles afirmou que, por ser recente a profissão no Estado, acreditava estar inserido apenas no Centro de Práticas Integrativas. Isso permite inferir que há certo desconhecimento do coordenador acerca das atribuições do terapeuta ocupacional.

Apesar de os fundamentos da Terapia Ocupacional serem diferentes das práticas integrativas, a sua atuação nesse setor é destacada por Magalhães e Oliveira (2008, p. 74), que ressaltam que,

“dentre as novas Políticas Públicas de Saúde implantadas pelo Governo Federal, está a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) através da Portaria n.º 971/GM4, nas quais podem ser identificadas perspectivas de inserção do terapeuta ocupacional nas ações básicas de saúde do SUS”.

No município de João Pessoa esta área de atuação está em pleno funcionamento, no entanto, o seu coordenador não participou da pesquisa e não foi possível saber sua opinião sobre o assunto. Um dos coordenadores, apesar de afirmar não saber se tem terapeuta ocupacional na sua área, declarou saber da existência de estagiários na maternidade Cândida Vargas.

9- Os coordenadores não contam com o profissional de Terapia Ocupacional na sua equipe, mas afirmam o interesse no profissional.

Um coordenador mostrou intenção em ter integrado à sua equipe um terapeuta ocupacional. Comentou saber da existência do profissional na área da saúde mental do município, mas lamentou a quantidade ser insuficiente, achou que não se consegue dar o suporte necessário com apenas essa quantidade de profissional para uma área em que a demanda é enorme. Evidenciou que em seu

núcleo funciona o serviço de especialidades do idoso, o CAISI-Centro de Atenção Integrado à Saúde do Idoso, onde existem diversas especialidades profissionais atuando, e que o terapeuta ocupacional é justamente o profissional que está faltando para integrar a equipe.

“Gostaria de dizer que sim, mas infelizmente não. [...] temos todas as profissões, as especialidades, neuro, geriatra, gerontólogos, assistentes sociais, psicólogos, reumatologistas, temos uma gama... temos 21 especialidades... faltando justamente o nosso querido terapeuta ocupacional” (Coordenador 2).

Há sete anos a população conta com o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), que oferece atendimentos ambulatoriais nas áreas de angiologia, cardiologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia, gastroenterologia, neurologia e reumatologia, entre outras (PMJP, s.d.).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), em João Pessoa a população de idosos já chega a 83.118 habitantes. Mesmo com toda essa quantidade de pessoas idosas – que segundo o coordenador tem demandas específicas para a Terapia Ocupacional – e com diversos serviços de atendimento existentes na cidade, o terapeuta ocupacional não está inserido na área técnica dedicada ao idoso na rede de atenção à saúde do município.

10- Os coordenadores destacam aspectos que dificultam a inserção do terapeuta ocupacional na Rede Assistencial de Saúde do município.

O município de João Pessoa não conta suficientemente com o profissional terapeuta ocupacional em todos os seus serviços de saúde, dentre eles o NASF, na atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), e as diretrizes do NASF, este deve ser constituído por uma equipe de profissionais das diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família. Essa composição deve ser definida pelos próprios coordenadores municipais e as equipes de saúde da família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, e o terapeuta ocupacional pode ser um desses profissionais.

Essa nova forma de constituição das equipes profissionais com a participação

de coordenadores é destacada por Magalhães e Oliveira (2008), ao referir-se à adesão solidária dos coordenadores como uma das mudanças que o “Pacto pela Saúde 2006” trouxe à forma de execução e organização do SUS.

No entanto, os terapeutas ocupacionais que atualmente trabalham no município de João Pessoa não são suficientes para suprir toda a demanda dos serviços da rede de saúde. O motivo dessa insuficiência pode ser a não abertura de vagas para estes profissionais nos últimos concursos públicos realizados no município.

Além desses aspectos, os coordenadores citaram a recente criação do curso e a falta de empenho do conselho de classe na luta pelo reconhecimento e fortalecimento da profissão no município.

“... a maior barreira seja ainda... é a carência de profissional no mercado de trabalho... uma outra seria o próprio sistema ainda não embarcar esse profissional dentro das propostas da política de cuidados que nós temos no município né?...” (Coordenador 1).

“[...] a maior dificuldade é a questão do concurso público... é.. o interesse político desse pessoal dentro da rede... isso não só a questão do município ou secretaria... mas envolve também conselho né? o conselho da classe, envolve a força da própria universidade de inserir e fazer cumprir uma política já existente em termos federais...fazer cumprir essa política... para que ele seja efetivamente colocado dentro do lugar no qual a gente tá precisando... Tem políticas públicas pra isso...e aí eu acho que tem de sair da zona de conforto...ou vocês saem da zona de conforto ou quem é prejudicado é o usuário, é o povo,... a pessoa idosa que tanto necessita desse profissional: terapeuta ocupacional...sejam bem vindos, eu estou esperando” (Coordenador 2).

“[...] acho que como é uma profissão nova ela precisa se fortalecer ...é...de forma institucional, a partir do momento que as instituições públicas começarem a inserir na sua grade a presença do terapeuta ocupacional...acho que vai ser um desencadeador, um efeito dominó onde outros serviços vão estar entendendo a demanda do profissional, então tudo começa muito o público entendendo a importância desse profissional...” (Coordenador 7).

A falta de conhecimento da população acerca da atuação do terapeuta ocupacional também se constitui barreira segundo os coordenadores.

Essa afirmação gera uma reflexão sobre a identidade do terapeuta ocupacional. Segundo Magalhães e Oliveira (2008, p. 72):

A Terapia Ocupacional é uma ciência da área da saúde, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas,

mediante a sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.

Se para os coordenadores houve momentos de dificuldades para falar da Terapia Ocupacional, pode-se supor que para a população que não está habituada a ter contato com o profissional nos serviços de saúde do município fica muito mais difícil entender os propósitos da Terapia Ocupacional.

“[...] na minha opinião a maior barreira para a inserção hoje é... eu acho que precisaria mais dessa divulgação dessa função do terapeuta ocupacional, que às vezes ele é visto é... ele é um fisioterapeuta né?... aí ele é um psicólogo?... ele tem uma mistura assim... então quem é esse terapeuta? Ele só vai trabalhar com artes?” (Coordenador 4).

“Eu acho que é ainda por uma falta de reconhecimento mesmo do papel do terapeuta ocupacional...” (Coordenador 5).

“Eu acho que diante do que eu já falei... assim... da falta de conhecimento mais amplo né? sobre o desempenho desse profissional, eu não posso responder se existe barreira ou não...” (Coordenador 8).

Alguns coordenadores afirmaram não saber informar quais são as barreiras para a inserção do terapeuta ocupacional pelas mesmas razões que não responderam a outros questionamentos, qual seja, a falta de conhecimento mais amplo sobre as atribuições da profissão.

Outro coordenador afirmou não acreditar haver barreira para a inserção do terapeuta ocupacional nos serviços das políticas públicas de saúde no município, mas ressaltou que os coordenadores devem enxergar a importância do terapeuta no serviço.

“Não vejo nenhuma barreira não... tem que ver muito a sensibilização... essa questão dos coordenadores verem a importância do TO nos serviços. Por isso eu acho que não tem nenhuma barreira não” (Coordenador 3).

Muitas dificuldades são percebidas pelos estudantes e profissionais ao tentarem explicar a profissão para outras pessoas.

Ao transmitirem inicialmente o nome Terapia Ocupacional, já se instala uma problematização que dá início a um estorvo e confusão de nomes em que a profissão é por vezes confundida com outras existentes, como fisioterapia e

psicologia, e outras pela miscelânea entre profissões, quando a chamam de fisioterapia ocupacional e psicoterapia ocupacional.

Esse pode ser considerado o principal obstáculo enfrentado pelos profissionais e estudantes no município de João Pessoa. Para vencê-lo, será preciso que a profissão seja conhecida por parte da população e por outros profissionais, e essa será uma ação de conscientização que poderá ser mais fácil de ser realizada com a compreensão dos gestores públicos da saúde do município ao inserirem o profissional na sua rede de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde tem como proposta de trabalho as perspectivas inter, multi e transdisciplinares. Com base nesse olhar e nos princípios fundamentais propostos pelo SUS, universalidade, equidade e integralidade os profissionais capacitados na área, devem atuar diretamente com a sociedade e suas demandas, assumindo vários compromissos, dentre os quais o de intervir no sentido de impulsionar seu desenvolvimento, dedicando-se a participar de ações que promovam, tratem, restaurem e mantenham a saúde e previnam as doenças, direcionando seus esforços, no sentido de fortalecer a população afetada por algum comprometimento físico e/ou psíquico, para que assim possam ter sua vida e seu cotidiano o mais próximo possível da normalidade.

O terapeuta ocupacional é um desses profissionais da saúde, e sendo o seu campo de atuação muito vasto, ele é considerado um elemento fundamental praticamente em todas as especificidades. Uma vez que, estando às pessoas incapacitadas ou com limitações, o terapeuta ocupacional contribui para o bem estar físico e/ou psíquico, auxiliando na recuperação da qualidade e do estilo de vida, na reorganização do cotidiano, na inserção e/ou reinserção do indivíduo no meio social e profissional, na inclusão social e/ou outras particularidades.

Partindo dessa observação sobre a atuação do terapeuta ocupacional, o presente estudo permitiu, portanto, analisar a percepção dos coordenadores quanto à inserção do profissional terapeuta ocupacional nos dispositivos da rede de saúde do município de João Pessoa.

De acordo com o que foi relatado na pesquisa, a Terapia Ocupacional é relativamente desconhecida por parte de alguns coordenadores das áreas técnicas dos serviços de saúde do município. Essa afirmação abriu um precedente que permitiu supor que, sendo a Terapia Ocupacional desconhecida por aqueles que gerem diretamente a saúde, pode também ser ignorada por grande parte da população deste mesmo município.

Em conformidade com as palavras de alguns coordenadores da pesquisa, depreende-se que, a respeito do entendimento sobre a Terapia Ocupacional, a maior parte revelou desconhecer a profissão. Todavia, esses coordenadores faziam

questão de ressaltar que sabiam da existência do curso no Estado, no entanto evidenciavam não saber o que faz um terapeuta ocupacional.

Alguns coordenadores demonstraram imprecisão acerca das atribuições do terapeuta ocupacional. Um deles chegou a confundir suas práticas e integrá-la em outra, outros não souberam responder alguns questionamentos por desconhecimento mesmo. Em alguns momentos foi possível observar um contrassenso entre os coordenadores. Se para alguns não foi fácil comentar sobre a Terapia Ocupacional, pois não se mostraram seguros em suas afirmações, para outros foi simples e descomplicado falar de Terapia Ocupacional, pois demonstraram ter mais segurança para discorrer sobre o assunto.

Houve coordenadores que declararam não saber se havia presença de terapeutas ocupacionais nas áreas técnicas, inclusive a que estava sob sua coordenação. Outros, contrariamente, além de informarem se havia terapeutas ocupacionais nas áreas técnicas, revelaram conhecer o trabalho do profissional em algumas áreas específicas, como revelou um dos coordenadores.

Consequente, algumas afirmações sobre a relevância da atuação do terapeuta ocupacional nos serviços foram vagas. No que concerne às demandas, não souberam retratar quais eram realmente essas demandas e onde seriam primordiais os serviços deste profissional no setor sob a sua coordenação.

Aqueles que responderam com maior convicção, deixaram claro que, em relação às suas áreas técnicas, para a equipe se mostrar resolutive no atendimento integral às necessidades de um território, era preciso inserir o terapeuta ocupacional na composição do quadro de profissionais. Percebe-se então que esses coordenadores levam em consideração o foco no trabalho multidisciplinar, permitindo-se supor que a inserção do terapeuta ocupacional na rede municipal se justifica por ser esta forma de trabalho uma característica de todos os serviços de saúde e que nela se enquadram diversas especialidades, dando margem assim à inserção do terapeuta ocupacional.

Em contrapartida, alguns coordenadores mostraram um nível de conhecimento mais profundo. Reconheceram o terapeuta ocupacional como sendo o profissional que tem a função de sanar algumas demandas existentes em sua área técnica, já que estas não poderiam ser solucionadas por outros profissionais porque pressupunha haver atribuições específicas para a Terapia Ocupacional.

Em sua atuação o terapeuta ocupacional é o profissional que intervém nas atividades cotidianas e que tem manejo nas relações interpessoais e isso para os coordenadores é uma particularidade que favorece o trabalho com a população.

Argumentaram ser preciso, numa proposta de trabalho integralizada, o terapeuta ocupacional estar inserido a fim de complementar os processos terapêuticos essenciais no trabalho interdisciplinar dentro das equipes multiprofissionais.

Na opinião dos coordenadores, o processo de inserção do terapeuta ocupacional enfrenta muitas dificuldades pertinentes ao funcionamento da política e ao reconhecimento da profissão. Contudo, eles desvelaram caminhos e estratégias que poderão ser aplicadas para a solidificação da profissão no município.

Considerando esses fatos, os coordenadores expõem que, os profissionais da Terapia Ocupacional devem reivindicar sua inserção nos serviços da rede de saúde do município através de ações locais e de mobilização da categoria com o apoio do conselho da classe e da instituição de ensino. Para alguns coordenadores é preciso que esses estímulos sejam postos em prática para que, tanto a população do município seja contemplada com o serviço desse profissional, quanto os terapeutas ocupacionais sejam beneficiados com a sua inserção na rede de saúde local.

É evidente que a pesquisa revelou que, no presente momento, é relativamente imperceptível a figura do terapeuta ocupacional por alguns coordenadores que atuam nas políticas públicas de saúde do município de João Pessoa. Porém, no que concerne ao nível de conhecimento a respeito do funcionamento do curso está satisfatório. É importante desvelar que todos os coordenadores manifestaram interesse acerca da inserção do profissional na rede de saúde municipal, a despeito de alguns deixarem transparecer que a intenção se justificava por força do conhecimento dos próprios acerca do preenchimento de uma vaga na atenção primária, mais especificamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, por um representante da Terapia Ocupacional, dado que, de acordo com a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF, o profissional terapeuta ocupacional pode realmente preencher esta função.

E sobre a atuação do terapeuta ocupacional na atenção primária, o Crefito 4 talentosamente declara:

O Terapeuta Ocupacional é um dos profissionais de saúde que tem sua formação pautada nos princípios fundamentais do SUS e conhece os

dispositivos contidos no sistema, com plena condição para atuação no campo da saúde pública e da saúde coletiva, e para as discussões e as elaborações de políticas públicas de saúde e de assistência social. O Terapeuta Ocupacional é uma das referências de cuidado e um profissional com as habilidades e competências necessárias para identificar outras referências de cuidado mais adequadas às necessidades da pessoa, família, organizações e populações (CREFITO 4).

Conclui-se almejando que essa pesquisa contribua com informações pertinentes junto às pessoas que poderão apoiar e/ou participar dessa luta, dos profissionais terapeutas ocupacionais reivindicando sua inserção na rede de saúde do município de João Pessoa.

Igualmente para o conhecimento da profissão da Terapia Ocupacional e às atribuições do profissional terapeuta ocupacional, em razão da sua habilidade e competência para atuar no âmbito da saúde.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Comunicação Saúde Educação** v.15, n.36, p.299-307, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>> Acesso em: 08 abr.2015.
- AMARANTE, P. 2003. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. pp. 45-65. In P Amarante (coord.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Ed. Nau, Engenheiro Paulo de Frontin.
- AOTA **Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo** – 3.^a edição. Disponível em: < Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015; 26(Ed. Especial):149.> Acesso em: 06 jul.2015.
- ARAÚJO, C. R. S. GOMES, M. Q. C.; SILVA, A.C.D. **A inclusão da Terapia Ocupacional na atenção básica no município de João Pessoa**. Disponível em: <<http://cbto2013.com.br/pos/resumo-679/>> Acesso em: 06 nov.2014.
- BEIRÃO, R.O.; ALVES, C.K.A. Terapia Ocupacional no SUS. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, Set/Dez 2010, v. 18, n.3, p 231-246. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br>> Acesso em: 12 abr.2015.
- BENETTON, M.J. **Terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Faculdade de Ciências Médicas – FCM Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/>> Acesso em: 07 abr.2015.
- BEZERRA, T. C. C. et al. A construção e ressignificação das práticas da terapia ocupacional na estratégia saúde da família a partir da residência multiprofissional. **SANARE** v.8, n.2 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/19>> Acesso em: 27/04/2015.
- BRANCO, M. de F. F. C.; TAVARES, D. K. **As representações sociais do terapeuta ocupacional sobre a identidade de sua profissão**. SBS – XII Congresso Brasileiro de Sociologia Disponível em: <www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com> Acesso em: 12 mai. 2015.

BRASIL. **Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969.** Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm Acesso em: 24 nov. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 24 nov. 2015.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática.** Cap. 6, p. 35. Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

CEDRAZ, A., DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade.** Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27150206.pdf> Acesso em: 12 mai. 2015.

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Resolução nº 383, de 22 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/> Acesso em: 30 abr. 2015

CREFITO. **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 4ª Região.** Disponível em: http://www.crefito4.org/to_definicao.php Acesso em: 30 abr. 2015.

CREFITO. **Terapia Ocupacional e o SUS.** Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfs/Cartilha%20-%20t.o.pdf> Acesso em: 06 nov. 2014.

DE CARLO, M. M. R. P. *et al.* **Projeto de Implantação do programa didático assistencial de Terapia Ocupacional no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** São Paulo: EduUSP, 2000, 27p.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas.** São Paulo. Plexus Editora, 2001.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas.** In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil.** Tese de doutorado. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3983/2/000012.pdf> Acesso em: 12 mai. 2015.

DRUMMOND, A. de F.; **Fundamentos da Terapia Ocupacional.** In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 2, p. 10-17. Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional.** 5ª ed. Rev. e atual. Campinas. Papyrus, 2008.

GOMES, I. L. V; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 463-470, mar. 2010.

GUERRA, A. M. C. (2004). **Oficinas de saúde mental:** percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania (pp. 23-58). Rio de Janeiro:

HOLM, M. B.; ROGERS, J. C.; JAMES, A. B. **Tratamento das Áreas de Desempenho Ocupacional.** In: Terapia Ocupacional/Willard & Spackman. 9ªed.cap. 19 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.294-337.

IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 167-175, set./dez. 2008.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

MALFITANO, A. P. S.; BIANCHIB, P. C. B. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 563-574, 2013.

MAGALHÃES, D. F; OLIVEIRA, C. M. A. Atenção básica de saúde e as perspectivas política profissionais da terapia ocupacional. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.32, supl.1, p.72-80 out. 2008. Acesso em: 15/04/2015

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 255-263, 2013 Disponível em: 27 abr. 2015

MELLO, M. A. F. **História da Terapia Ocupacional** In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 1, p. 4, Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

MELLO, M. A. F. **Terapia Ocupacional Gerontológica**. In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 39, p. 368, Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. **Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional**. In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 9, p. 49, Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Resolução cne/ces 6, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf> Acesso em: 12 mar.20015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica**. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em: 14 abr. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>
 Acesso em: 30 abr. 2015.

MONTEIRO, R. C. S. **Neonatologia.** In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 56, p. 513, Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

MORAES, B. M.; ARAGÃO, J. M. G.; BARROS, M. M. M.. A inserção do terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de Sobral/Ce. **SANARE** _ Ano V, n.1, Jan./Fev./Mar. 2004. Disponível em: <
<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/129>> Acesso em: 12 abr. 2015.

NASCIMENTO E. S.; TEIXEIRA, V. M. N. Redação técnico-científica e pesquisa bibliográfica: algumas reflexões. **Enfermagem revista**; v.15, n.2, maio 2012, p.213-228, PUC Minas Gerais. Disponível em:
 <periodicos.pucminas.br>. Acesso em: 06 nov.2014.

PÁDUA, F.H.P.; MORAES, M. L. S. **Oficinas expressivas:** uma inclusão de singularidades. Psicol. USP vol.21 no.2 São Paulo Apr./June 2010. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010365642010000200012&script=sci_arttext> Acesso em: 13 mai. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/> Acesso em: 16/04/2015

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico /– 2. ed. – Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul - Feevale, Brasil 2013. Disponível em: <
<https://www.feevale.br/>> Acesso em: 27 abr. 2015.

RAMOS, M. F. M. **Relatório Anual de Gestão – 2011, Saúde mental.** Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. 2011.Disponível em:
<http://xa.yimg.com/kq/groups/25027304/620516931/name/Relat%C3%B3rio+As%C3%BAde+Mental+Apoio+Matricial.doc>. Acesso em: 08/11/2015.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14118>> Acesso em: 27 abr. 2015

SOARES, L. B.T; **História da Terapia Ocupacional** In: Terapia ocupacional: fundamentação & prática. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Cap. 1, p. 3 9, Rio de Janeiro: 1ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Resolução nº 12/ 2009** Disponível em: <http://www.ufpb.br/sods/consuni/resolu/2009/Runi12_2009.pdf> Acesso em: 06 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. CONSEPE. **Resolução nº 46/2009** Disponível em: http://www.ufpb.br/sods/consepe/resolu/2009/Rsep46_2009.pdf Acesso em: 06 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Resolução Nº 01/2010**. Disponível em: http://www.ufpb.br/sods/consuni/resolu/2010/Runi01_2010.pdf: Acesso em: 06 nov. 2014.

VALLADARES, A. C. A., LAPPANN-BOTTI, N. C., MELLO, R., KANTORSKI, L. P., SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2003. Disponível em:< www.fen.ufg.br/revista> Acesso em 12 mai. 2015.

WILLARD, H.S. **Terapia Ocupacional**. Willard e Spackman; Editado por Maureen E. Neistadt; Elizabeth Crepeau. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS - WFOT. Disponível em: <<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>> Acesso em: 27/04/2015.